FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

BREVISIMAS REFLEXIONES

SOBRE LAS CAUSAS

DE LAS DESGRACIAS DE LA CIRUJIA

TESIS

PRESENTADA AL JURADO CALIFICADOR

EN EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA

POR

FERNANDO ZÁRRAGA.

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina,
Ayudante de Anatomia descriptiva en la misma Escuela y practicante por oposicion
del Hospital de Jesus Nazareno y la Purísima Concepcion.



MEXICO

IMP. DE G. HORCASITAS, CERRADA DE STA TERESA, N. 3.

1883

Sr Dr José Ma Bandera

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

BREVISIMAS REFLEXIONES

SOBRE LAS CAUSAS

DE LAS DESGRACIAS DE LA CIRUJIA

TESIS

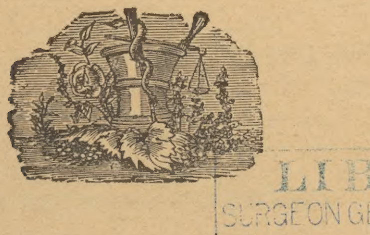
PRESENTADA AL JURADO CALIFICADOR

EN EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA

POR

FERNANDO ZÁRRAGA.

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina,
Ayudante de Anatomía descriptiva en la misma Escuela y practicante por oposicion
del Hospital de Jesus Nazareno y la Purísima Concepcion.



MEXICO

IMP. DE G. HORCASITAS, CERRADA DE STA TERESA, N. 3.

1883

Al maestro querido y respetado

su discípulo agradecido

Fernando Zárraga

A MIS PADRES.

A MI QUERIDO TIO

El Sr. Dr. FELIPE P. GAVILAN.

A MI MAESTRO, A QUIEN DEBE TANTO

LA JUVENTUD ESTUDIOSA DE DURANGO

AL SEÑOR DOCTOR,

Cárlos Santa María.

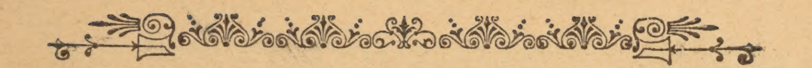
A mis maestros los Señores Doctores

FRANCISCO ORTEGA Y MANUEL CARMONA Y VALLE.

AL SR. DR. JOSÉ BARRAGAN.

A mis condiscípulos.

Al dedicar este insignificante trabajo no lo hago por creerlo digno de ello, es tan sólo para dar una muestra pública de reconocimiento y gratitud.



LAS desgracias de la cirujía son de tal naturaleza, que casi siempre ponen en peligro la mejor cimentada reputacion, y mas aún, la de aquellos que comienzan á dar los primeros pasos en el penoso camino de nuestro arte; y producen tal resultado, porque la union, el lazo íntimo entre la causa y el efecto, es allí tan manifiesto, salta tanto á la vista, que es imposible que se oculte aún á los ménos entendidos en asuntos de esta clase. No es sólo el público el que se convierte en pregonero de nuestra falta de acierto, sino que los mismos compañeros, penoso es decirlo, son los que más empeño ponen en hacer trizas la reputacion del que ya está bien

castigado con el remordimiento de su conciencia si ha sido culpable, ó con una dura leccion si ha obrado solo con ligereza. Cuántas veces un hecho de estos viene de una imprevision del cirujano, y cuántas otras hubiera salido indemne con el cuidado de advertir al enfermo y á su familia de lo que podia suceder.

Mi objeto és, pues, llamar la atencion de mis compañeros, á quienes va dedicado este imperfecto trabajo, sobre algunos hechos de la práctica nacional, que á ellos y á mí nos servirán de leccion en el porvenir que hoy comienza para nosotros.

Mis observaciones serán suscintas y solamente contendrán lo necesario para sacar de ellas la enseñanza que encierran; no citaré nombres al referirlas, y si algunas personas reconocen sus hechos pueden estar seguras de que no es el espíritu de censura el que me anima, sino el de hacer notar que si ellas, ya avezadas á los peligros y dificultades de la cirujía cometen yerros, cuánto estaremos expuestos á cometerlos quienes ni de lejos podemos compararnos en hábilidad y maestría.

El cirujano llamado á la cabecera de un enfermo tiene el imprescindible deber, ántes de emprender un tratamiento, de formular un diagnóstico exácto, porque sin él, obraria á ciegas, en contra de la moral, en contra del enfermo y en contra de sus propios intereses. ¡Qué de desgracias produce el olvido de esta regla de conducta! Y es natural, si no hemos hecho un buen diagnóstico, si no tenemos conocimiento perfecto del estado y de la lesion del órgano, no podemos intervenir de una manera adecuada, iriamos á curar lo desconocido y tendriamos una série de sor-

presas de que nos puede dar un ejemplo la observacion siguiente:

C... mujer de 45 años, enflaquecida, que habia tenido perturbaciones menstruales y que en la fecha de su entrada al hospital no estaba ya reglada, padecia de un abultamiento considerable del vientre causado por una ascitis; profundamente se tocaba un tumor cuyos contornos no era dable apreciar por la tirantez de las paredes y por el líquido interpuesto. Para formar un juicio exacto sobre el padecimiento de esta mujer, se hizo una puncion, que dando salida al líquido derramado en la cavidad del vientre, permitió limitar el tumor, que era arredondado y parecia salir del recinto pelviano. Se pensó desde luego en un quiste del ovario por su forma y consistencia, y para saber á qué especie pertenecia, se le hizo á su vez una puncion que vació la parte superior del tumor de un líquido albuminoso semejante al de la ascitis; debajo del lóculo vaciado habia otro tumor que se creyó de la misma naturaleza del anterior.

Con el diagnóstico de quiste bilocular del ovario izquierdo, se decidió tratar á esta mujer por la ovariotomía.

En el dia y hora fijados de antemano, se reunieron varios cirujanos, y el operador procedió, despues de vaciados el recto y la vejiga, á hacer la incision del vientre en la línea média; dividió las paredes en un espesor de mas de 3 centímetros, y sin embargo, no penetró á la cavidad peritoneal. Haciendo notar una de las personas encargadas de la hemostasis, que de los lábios de la incision escurria sangre en cortina, esto es, que la hemorragia era parenquimatosa; tomó

el operador un trócar y penetrando por la herida lo llevó al interior del tumor; por la cánula sólo salió sangre en abundancia. Juzgando que las adherencias del tumor con la pared abdominal eran resistentes é íntimas, prefirieron retroceder y dejar en tal estado á la enferma. Se hizo una sutura y no se llevó á cabo la proyectada operacion. Pero la mujer fué atacada de peritonitis y murió víctima de ella; en la autopsía pudo verse que aquello no era un quiste del ovario, sino un tumor colocado detras del útero, hueco y lleno de coagulos de sangre, y cuyas paredes eran de dos y medio centímetros de grueso y de naturaleza fibrosa; este tumor estaba coronado de un quiste de paredes delgadas y unilocular. El cirujano que tuvo á su cargo esta enferma diagnosticó entonces hematocele retrouterino.

Esta observacion nos muestra una víctima de un conato de operacion; operacion que no se habria intentado con el conocimiento exacto de la enfermedad.

Sé muy bien lo difícil que es llegar á un diagnóstico preciso, que esto es á veces imposible, que un error de esta naturaleza es muy disculpable; pero siempre hubo error y este fué la causa del acortamiento de la vida de aquella enferma. ¿No seria pues mejor no emprender operaciones á ciegas, que sólo traen como consecuencia males para el enfermo, á veces aun la muerte y que son causa del descrédito de la cirujía?

Este hecho pasó en un hospital y los comentarios se hicieron entre los médicos y los estudiantes, sin que el público tuviera conocimiento de él; pero hay otros muchos que reconocen la misma causa y

que acaecidos en la práctica civil han puesto en mal predicamento al operador.

La Sra. X......está de parto y llama en su auxilio al médico de su familia; éste hace un reconocimiento, diagnostica un abocamiento cefálico y no encontrando indicacion que llenar deja que el tiempo trascurra, hasta que llegado cierto momento cree oportuno intervenir para extraer el producto por medio del forceps. Llama á un compañero, éste opina como él y deciden la operacion; cuando ya aplicado el instrumento tratan hacer tracciones, oyen un crujido como de hueso que se rompe, quitan el instrumento y un nuevo reconocimiento les hace ver que la region abocada es la pelviana. Extraen el producto vivo, pero con un femur fracturado. El error produjo una lesion y la familia debe haber desconfiado de la habilidad del médico, en cuyas manos encomendó dos vidas.

Uno de los casos desgraciados por error de diagnóstico y que produjo mayor impresion en la familia fué el siguiente:

La Sra. G.......casada hacia varios años, no habia logrado tener sucesion y como acontece en esas circunstancias el deseo de un hijo era vivísimo, tanto en ella como en su marido. Llega un tiempo en que se suspende su menstruacion y en que vienen trastornos generales; llama á un médico, y éste declara que aquella señora no está embarazada, sino que tiene una afeccion de la matriz. Despues de algun tiempo hace una puncion y extrae por medio del trócar un líquido claro y albuminoso. A las pocas horas vienen dolores y sangre, y entónces una partera en-

tendida, hace el tacto vaginal y encuentra ya fuera de la cavidad de la matriz los miembros inferiores de un feto pequeño; hace que llamen al médico y éste termina la expulsion de un feto de cuatro meses; no logra extraer las secundinas, lo que se hizo más tarde por persona más entendida.

La señora fué presa de la septicemia, y no se salvó sino despues de haber estado mucho tiempo en riesgo de morir.

El médico, por su imprudencia mató al único hijo que el cielo habia concedido á aquel matrimonio; puso en gravísimo peligro de muerte á su enferma y dejo á la consideracion de quien lea esto, cómo quedaria su reputacion.

El diagnóstico que hagamos debe ser obra nuestra y nunca debemos dejarnos guiar por el parecer de otro, si éste no está perfectamente justificado por nuestro exámen. Cuando ya conocemos la opinion de un compañero, no hay que hacer caso de ella, hay que explorar sin preocupacion y sin idea preconcebida, pues que si el otro cometió un error serémos arrastrados á él con graves perjuicios, porque somos los directamente responsables.

El gran clínico francés Gosselin, refiere en sus lecciones un hecho desgraciado de que él fué causa por haber descuidado este precepto.

Entra á su sala una mujer enviada de una sala de medicina del mismo hospital, con el diagnóstico de pólipo uterino. Esta enferma estaba profundamente anémica y tenia grandes pérdidas de sangre hacia un año y habia parido hacia diez. Su estado hacia que fuese urgente el operarla; se hizo por el tacto vaginal

y rectal un primer exámen rápido para no fatigarla, y el gran cirujano se inclinó mucho al mismo diagnóstico; se propuso hacer despues en una misma sesion un segundo exámen más concienzudo y la operacion. Llegado este momento y una vez hechos el tacto vaginal y el rectal, tomó el cuerpo redondo que salia del útero por medio de una pinza de Musseux con el objeto de llevar á lo largo del pedículo, que le pareció corto y grueso, el histerómetro y formular segun los datos de este exámen, su diagnóstico; pero en el momento de tomar el cuerpo sintió la mujer un dolor intensísimo, y este dato que debió aclarar la cuestion, no despertó en la mente del cirujano la idea de error en el diagnóstico; sino que tratando de ahorrar sufrimientos á la enferma, prescindió de la exploracion proyectada y cortó el pedículo rápidamente por medio de las tijeras. Esta seccion fué dolorosa, y la mujer tuvo en el resto del dia dolores agudísimos.

Se desarrolló consecutivamente una peritonitis local; y al segundo dia por la noche hubo una hemorragia abundantísima y sobrevino la muerte.

El llamado pólipo que tal habia parecido en un primer exámen superficial, resultó en otro más cuidadoso, ser la matriz invertida, y por la autopsía se confirmó esta opinion al ver los órganos de la pequeña pelvis y la sangre derramada en ella.

Es pues de rigor establecer un diagnóstico previo y poner cuanto esté de nuestra parte y cuanto aconseja la prudencia para llegar á él. Pero repito, este diagnóstico debe ser prévio, y creo reprobada la conducta del que emprende una gran operacion para

cerciorarse de si es bueno y exacto su juicio, así como la de aquellos que van á la mesa de operaciones sin saber qué tiene el enfermo.

A este propósito referiré un caso que nos muestre lo poco acertado de tal manera de obrar.

Existia una enferma de quiste del ovario, atendida por uno de nuestros cirujanos más juiciosos; él, que despues de un exámen detenido creyó aquel quiste libre de adherencias y operable, consultó con otro de sus compañeros, y éste, despues del estudio más minucioso posible, formuló su juicio de esta manera: "quiste benigno unilocular del ovario izquierdo, de contenido conocido, de pedículo grueso y corto complicado con inflamacion parcial, fuertes adherencias con la fosa iliaca izquierda y otras probables con la pared anterior: además, tumor pequeño en el ovario derecho, de naturaleza dudosa. En mi concepto, no operable en estos momentos."

No contento con esta opinion, consultó aún con dos personas más, y por desgracia de la enferma, éstas opinaron en contra del primer consultado. Se decidió la operacion, pero con este programa:

Si existen adherencias que impidan continuarla, se suturará la incision. Habiéndolas encontrado, se proponia el cirujano retroceder, pues era casi imposible desprender el quiste de la pared abdominal; pero uno de los cirujanos concurrentes logró desprenderlo un poco, y la operacion se continuó. No se logró aislar el quiste, se perforó el intestino y la enferma espiró durante la cloroformacion, despues de un traumatismo en el vientre, que duró desde las nueve y media de la mañana hasta las seis de la tarde.

¿Está justificado abrir el vientre cuando no se tiene una completa seguridad en el diagnóstico? ¿Es permitido exponer á la enferma á los peligros de una peritonitis haciendo una incision exploradora para decidir en ese momento si es posible la operacion? Yo no lo creo, y basta leer la primera observacion para ver que una incision que no comunicó con la cavidad peritoneal, produjo la peritonitis y con ella la muerte.

Siendo pues, los errores de diagnóstico, una de las causas más frecuentes de las desgracias quirúrgicas, debemos obrar con prudencia suma al formularlos, porque de ellos depende la vida del enfermo.

Para operar es preciso que la operacion esté indicada, pues en Medicina Operatoria como en Terapéutica los remedios se deben aplicar cuando convengan. Las operaciones no son sino los remedios de las afecciones quirúrgicas. Despues de haber formulado nuestro juicio sobre la enfermedad, debemos pensar en los medios de curarla; pero, como siempre, atendiendo á las condiciones del enfermo; pues tal operacion que curaria tal enfermedad en un individuo, en otro no sólo no curará sino que será causa de su muerte ó por lo ménos de acortar sus momentos. Algunas veces se opera en condiciones tales, que el enfermo no tiene ninguna probabilidad de vida y entónces sólo se consigue el desprestigio de la cirujía.

H......tiene una gangrena del pié y los dos tercios inferiores de la pierna, á causa de una arteritis. Cuando ya se habia limitado perfectamente y el surco de separacion empezaba á marcarse, se decidió operar á este enfermo. En buena cirujía no se debia intentar una amputacion de pierna, porque la piel da-

da, la retraccion, no alcanzaba para formar un buen muñon, porque no se sabia si en el interior estarian las partes gangrenadas más arriba aún que en el exterior, porque no se conocia el estado de los huesos, porque se ignoraba si habia infiltracion de los productos sépticos entre los grupos musculares, por todas estas razones digo, que estaba contraindicada la amputacion de la pierna é indicada la del muslo Pero el cirujano decidió hacer la amputacion en el surco de separacion. Aunque para regularizar el corte de la piel recurrió al cuchillo, para los cortes musculares tuvo que hacer uso de las tijeras; habia infiltracion del líquido séptico entre esos músculos, el peroneo estaba totalmente necrosado y su articulacion superior destruida por la supuracion; costó sumo trabajo desprender este hueso, y el muñon quedó muy irregular. Cincuenta horas despues el enfermo moria de septicemia.

Entró á un hospital el enfermo N... con un abundante derrame de pecho muy reciente y consecutivo á una pleuresía, no se puncionó este derrame y el enfermo se agravó mucho, y en ese estado, el médico del servicio decidió hacer una toracentesis.

En el momento de operar, el enfermo presentaba el cuadro siguiente: Disnea intensa, pulso frecuente, pequeño y depresible, cara muy pálida, mirada vaga, sudor en el tronco y la cara, extremidades frias y se insinuaba ya al estertor traqueal. Al hacer la puncion, hubo aumento de disnea, pero los movimientos respiratorios fueron muy superficiales hasta que cesaron por completo; el pulso faltó, la cara se puso hipocrática y el enfermo dejó de existir. Se le

hicieron inyecciones sub-cutáneas de éter, se prendió alcohol sobre su pecho, pero todo fué inútil.

¿Por qué operar *in extremis*, cuando el cirujano pudo rodearse de mejores condiciones? En ese momento ya no estaba indicada la puncion, se habia dejado escapar la oportunidad operatoria.

Una operacion debe estar perfectamente justificada, y entiendo por esto, aquella que ejecutada, ofrezca al enfermo mayores probabilidades de vida ó de salud, de tal suerte que haga cambiar una existencia penosísima y llena de sufrimientos, en una agradable y llevadera.

R... era una mujer que tenia un quiste del ovario y que molestada por su considerable volúmen decidió ver á un médico. Se dirigió á uno de los mas prudentes y entendidos de esta capital, el cual diagnosticó un quiste del ovario multilocular; no queriendo intervenir de una manera perjudicial para la enferma, consultó con una persona de mas experiencia. El médico consultado, de acuerdo con el diagnóstico, aconsejó que se atravesara el quiste con el trócar curvo de Chassaignac, y á las 24 horas, que segun él estarian ya establecidas las adherencias, se sustituyera la cánula del trócar por un tubo. Se siguió este consejo, se atravesaron las paredes del vientre y el quiste, por el instrumento mencionado, y al dia siguiente se sustituia la cánula por el tubo despues de un trabajo dilatado, saliendo sólo medio cuartillo de un líquido espeso color de chocolate. A las 5 horas la enferma estaba atacada de una peritonitis generalizada y mortal. Escapó y fué atacada en su convale cencia de un reumatismo que se complicó de endo

carditis, afeccion que por sus progresos la llevó á la tumba. Una intervencion inoportuna acarreó una enfermedad que puso en inminente peligro la vida de esta enferma, y tal vez ese reumatismo que fué la causa de su muerte, no le hubiera sobrevenido sin el debilitamiento que le produjo la primera.

¿El cirujano que dió el anterior consejo estaba seguro de lograr la curacion de la enferma por ese medio? ¿Le daba probabilidades siquiera remotas de una curacion? ¿Compensaban los riesgos de tal proceder con las esperanzas de bienestar?

Pajet dá una regla de conducta tocante al pronóstico: "Nunca se debe dar sin reserva por sencilla que sea la operacion."

Qué de veces se compromete la reputacion, por ese ahínco que tienen de operar los que son principiantes en el arte; es este deseo de tal suerte que engañan á su enfermo, pintándole la situacion de una manera alhagadora y animándolo á tal punto que si sucede una desgracia, de esas remotas, la responsabilidad que pesa ya sobre él, es aún mayor, teniendo desde ese momento la nota de ignorante.

No debemos obrar así; las operaciones sólo se han de emprender cuando estén perfectamente justificadas y despues de haber informado al paciente de todo lo que puede suceder, y si esto no se juzgare prudente, por lo menos á la familia al hacer tales advertencias, debemos contar aun con lo imprevisto, que á veces pone en peligro la vida del enfermo y otras lo mata. Sirvan de ejemplo los dos hechos siguientes:

El Sr T......tiene hace tiempo un testículo en-

fermo, que ha ido creciendo paulatinamente, no presenta abolladuras, no es doloroso, ni espontáneamente, ni á la presion, no dá la sensacion de peso que dan los testículos cancerosos, es fluctuante en varios de sus puntos, pero no trasparente. El médico que lo asistia llamó á una de las personas mas inteligentes en el arte de curar, y al mismo tiempo hombre muy prudente, para que le diera su opinion sobre aquella enfermedad. El cirujano llamado en consulta, opinó que tal vez era un hematocele, y que seria bueno hacer una puncion exploradora. Se le dijo al enfermo lo que habia que hacer, manifestándole al mismo tiempo que era una cosa sencilla. Procedieron á la pequeña operacion, y recostado el enfermo se le hizo la puncion, pero no habiendo salido nada, introdujeron más la cánula; en ese momento el enfermo acusándose de cobarde, se quejó de un vértigo. Los cirujanos le acostaron del todo y vieron con sorpresa que la cara se congestionaba, que la respiracion se suspendió, apareciendo en la boca una gran cantidad de espuma sanguinolenta; sacaron la cánula, rasgaron la camisa para aplicar exitantes sobre la region precordial, pero el enfermo comenzó á respirar, quedando con disnea y dolor en la parte postero-inferior del torax. Se diagnosticó una congestion del pulmon.

He allí una de las mas sencillas operaciones complicada por algo inesperado. Se puso en peligro la vida del paciente, y se le habia dicho que lo que se le iba á hacer era una pequeñez.

¿La congestion fué una coincidencia, ó fué el efecto de la puncion? Nadie lo podria decir, y el público siempre creerá en lo segundo.

El otro caso es aún más interesante. Entró al Hospital Juarez un enfermo con una herida penetrante de pecho y derrame sanguíneo en la cavidad de la pleura. Durante el curso de la enfermedad, tuvo dos pulmonías y el derrame que no se reabsorvió se fué trasformando en purulento.

El médico encargado de la sala, consultó con dos de los profesores del hospital y de comun acuerdo decidieron practicar una toracentesis. Esta se hizo por medio del trócar, del aspirador de Potain al nivel del 7º espacio intercostal y en el lugar de eleccion. Uno de los médicos tenia la botella, otro hacia el vacío y el tercero empuñó el trócar. Hundir el instrumento y suspenderse todos los fenómenos vitales, todo fué uno, y por mas que se emplearon cuantos medios están á nuestro alcance en lances semejantes no lograron volverlo á la vida.

La autopsía hizo ver que este hombre tenia antiguas lesiones en el corazon, tales como una insuficiencia aórtica, un engrosamiento de la válvula mitral y la dilatacion y adelgazamiento de las paredes del órgano; además, congestion del cerebro y del pulmon, lesiones por las que se explicaba la muerte y que encontraban á su vez explicacion en la perturbacion que la impresion física y moral de la toracentesis produjo sobre el corazon ya enfermo.

En este caso, ya no es el peligro de muerte, es la muerte misma lo que constituye la desgracia, y que vino de la manera más inesperada á sorprender dolorosamente al enfermo y á los médicos. ¡Cuál no seria la congoja de éstos al ver que sus esfuerzos eran

inútiles para reanimar al operado y que ellos eran la causa de su muerte!

Si mañana desgraciadamente, por no contar con esos casos remotos nos pasara un suceso semejante, aunque inocentes, aunque no se nos pudiera tachar ni de ignorantes ni de ineptos, perderiamos la confianza del público, sobre todo, si ejerciamos la profesion en un lugar pequeño, como indudablemente lo haremos la mayor parte.

Decia yo que á veces el afan de operar y otras el no desalentar al enfermo, nos hacen dar seguridades y pronósticos benignos que suelen realizarse; pero que como todo lo que se hace al azar á veces no se realizan y en cambio conseguimos perjuicios para el enfermo y ridículo para nosotros. La observacion siguiente es un ejemplo y una prueba de lo que digo:

El Sr. X......vivia en una de las poblaciones vecinas á esta capital, y padecia hacia largo tiempo de una estrechez uretral. Uno de tantos dias tuvo una retencion de orina y vino á esta ciudad á curársela. El médico que lo atendió, despues de haber dado salida á la orina, le propuso operar el estrechamiento por medio de la uretrotomía interna y le hizo ver que si no se operaba estaria expuesto á cada rato á las retenciones de orina y aun á algo más grave. El enfermo accedió á operarse y solamente quiso saber si la operacion era de riesgo para avisar á su familia y para arreglar sus negocios, tanto de conciencia como de intereses. El cirujano le dijo que no habia necesidad de nada de eso y le dió las mayores seguridades. Lo operó, y por desgracia vino la fiebre urinosa y el enfermo murió á los 5 dias de operado.

¡Cuál no seria el remordimiento de este médico, que por una ligereza produjo trastornos en una familia y que impidió por sus informes que aquel hombre cumpliera con lo que sus creencias le dictaban!

Ya decidida una operacion, debemos pensar en la administracion del cloroformo, y decidir si esta conviene ó nó, teniendo en cuenta que es un agente que no se dá sin riesgos para la vida. Hay que atender por tanto: primero á la clase de operacion que se ejecuta, porque si esta es pequeña, no compensa los peligros á que uno expone al enfermo; y segundo á las contraindicaciones de la cloroformizacion, porque suele uno sufrir desengaños terribles, dándolo cuando está contraindicado.

X... tenia unas vegetaciones del glande y el cirujano que lo asistia se propuso rasparlas, prévia cloroformizacion. El dia de la operacion se reunieron tres cirujanos y se procedió desde luego á la anestesia que no se consiguió sino tras una muy larga é intensa exitacion. Se operó al enfermo y concluida la operacion, quedaron vigilándolo dos de las personas mencionadas. De pronto palidece, se suspende la respiracion y nada logra volverlo á la vida. ¿Esta operacion tan sencilla, justificaba la aplicacion del cloroformo?

V... sufre una contusion del antebrazo y del brazo, y despues de ser tratado por dos médicos como de una fractura, recurre á otro, pues el tratamiento empleado por los primeros no surtió. Este reconoce una luxacion de la extremidad inferior del húmero hácia delante y decide reducirla; pero como el enfermo es alcohólico cree prudente someterlo durante al-

gunos dias al uso del bromuro de potasio y del ópio; administrándole dos gramos diarios de la primera sustancia, y seis centígramos del extracto de la segunda. El dia de la operacion, ya todo dispuesto, y el enfermo sobre la mesa, se comienza la cloroformizacion; no habria hecho el enfermo la sexta inhalacion, cuando estalla un ataque de epilepsía y muere de asfixia.

Se averiguó despues que este enfermo era epiléptico. A la autopsía se vió que á más de la congestion cerebral y pulmonar, á más de la equimosis subpleurales, producidas por la asfixia, existia una antigua lesion cardiaca, una insuficiencia mitral.

La administracion del cloroformo se hizo pues existiendo dos contraindicaciones.

La falta de habilidad operatoria acarrea desgracias sin cuento. Cuando no nos consideremos aptos para emprender una operacion dejemos al más hábil que la ejecute, que el que consagra su tiempo á un sólo ramo de nuestro arte tiene que ser superior á los demás. La desgracia que voy á referir es debida á un grupo de estudiantes que ávidos de operar se creyeron capaces de emprender grandes operaciones y que no supieron detenerse ni ante las dificultades de la ejecucion, ni ante la responsabilidad. Entró á uno de nuestros hospitales y á la sala de un médico, que deja al practicante la tarea de ejecutar cuanta operacion se ofrece en el servicio, un enfermo, con una vastísima infiltracion de orina, no sólo en el perineo, sino tambien en el escroto y en el pene. Aquel enfermo necesitaba una intervencion rápida, así es que el practicante encargado de operar reunió á todos los prac-

ticantes del hospital y despues de ver que se trataba de un estrechamiento de la uretra, y que esa era la causa de la infiltracion, resolvieron practicar una uretrotomia interna y desbridar el escroto por grandes incisiones para dar paso á la orina Se llevó al enfermo á la mesa de operaciones y despues de cloroformado se trató de pasar una candelilla de Maisoneuve, pero por más que se trabajó no se pudo lograr; entónces uno de aquellos ƒrēs que tenia gran reputacion entre ellos, propuso ponerle al conductor del uretrótomo el boton romo que tiene este instrumento y apoyó su modo de pensar diciendo, que el Sr. Lavista lo hacia ciertas veces con éxito. Él mismo tomó el instrumento y trató de introducirlo chocando como ántes con un estrechamiento que estaba al terminar la region espongosa de la uretra; forzó el paso y á poco vió salir orina, tomó el cuchillo y ejecutó la operacion. No bien habian terminado cuando se presentó una hemorrágia de consideracion, como la que tiene lugar en el corte de la radial y que no se lograba contener ni con inyeccienes de agua fria, ni con la compresion del pene; como á la media hora insistiendo en los mismos medios se logró calmarla, y entónces se procedió á hacer las incisiones del escroto y del pene, y despues de terminadas éstas se llevó al enfermo á su cama. Uno de los practicantes operadores introdujo la sonda en la noche de ese dia, y á la mañana siguiente, para extraer la orina, y cosa rara, sólo obtuvo pequeñas cantidades de ésta, y no se fijó en que la vejiga estaba llena.

Esa mañana se volvió á reunir la junta, y en una discusion que no presencié se resolvió hacer la uretro-cistotomía. Estuve en la operacion, y ví que pa-

ra hacerla habian llamado en su auxilio á un jóven que iba á recibirse y que el dia anterior no habia estado presente. Este operador, persona juiciosa, despues de oir y de dar entera fé á una relacion que se le hizo de la operacion anterior, despues de oir que habia sido el enfermo sondeado dos veces, procedió á la introduccion del cateter, cortó en seguida hasta éste haciendo el ojal perineal, despues llevó el tenótomo hasta la extremidad del cateter y sacó en seguida uno y otro instrumento; tras de esto introdujeron su dedo los que se habian hecho cargo del enfermo, declarando que estaban en la vejiga; pero habiéndole tocado su turno al que habia operado, declaró que no habian llegado á la vejiga, y ya esto dió motivo á nueva discusion, y á nuevo mete-y-saca.

Despues de esto, el operador se puso con calma y á una luz conveniente á observar el fondo de la herida, y allí descubrió la porcion membranosa de la uretra que no se habia cortado; logró introducir en ella una sonda acanalada, y se cercioró de que esa porcion estaba estrechada y no se habia cortado, y por tanto, que se habia hecho una falsa vía; logró franquear el estrechamiento y cortando con el tenótomo sobre la sonda acanalada se pudo llegar á la vejiga. El enfermo murió esa noche, y yo quedé convencido de que en su muerte habian tenido gran parte los operadores.

El operador debe consagrar sus cinco sentidos á lo que está haciendo, pues el descuido más ligero, puede acarrear graves peligros y áun la muerte para el enfermo.

Voy á permitirme hacer un comentario á cierta

observacion que corre inserta en los anales de la sociedad *Larey*.

Se trata de un enfermo que tiene un aneurisma popliteo y á quien se le hace una ligadura de la femoral en la base del triángulo de Escarpa. Despues de hacer á la piel una incision de seis centímetros y de haber descubierto la arteria en una extension de dos y medio centímetros, se pasó debajo de ella una aguja de Deschamps con dos hilos; se coloca uno en la parte superior y otro en la inferior de la porcion descubierta, se aprietan los hilos, se introduce debajo de la arteria la sonda acanalada, y se corta con las tijeras la porcion comprendida entre las dos ligaduras segun el procedimiento de Sedillot. Al terminar el corte con la tijera salta la sangre de los dos cabos de la arteria, y constan en la observacion las mil dificultades que hubo para contener aquella hemorrágia tan abundante, teniendo que recurrir á la ligadura de la iliaca externa para contener la del cabo superior. El profesor que relata esta observacion da dos explicaciones del hecho; pero ninguna de ellas satisface; dice que tal vez la sonda se desvió y se colocó bajo una de las ligaduras; pero si así fuese, ¿cómo es que daba sangre el otro cabo? tambien opina que la extremidad de la sonda se introdujo entre la ligadura y el vaso, cosa materialmente imposible y de que es fácil convencerse haciendo la prueba en el cadáver, á ménos que la ligadura estuviese muy floja; pero en este caso se le puede hacer la observacion anterior ¿por qué sangrava el otro cabo?

Hay que buscar una explicacion tal, que nos dé razon de por qué sangraban los dos cabos de la arteria; se ha comentado este hecho diciendo que la re-

traccion fué suficiente para aflojar los hilos. ¿Pero es posible esto despues de rotas las túnicas internas por el hilo? La explicacion que más satisface es la siguiente: al colocar los hilos quedaron haciendo una X por detrás, de tal suerte que los cabos superiores fueron los que se anudaron arriba y los inferiores abajo; al cortar con las tijeras dividieron la X por la mitad y brotó la sangre como era natural. Pero admítase una ú otra de estas explicaciones, de todas maneras hubo un descuido operatorio; si se admiten la primera ó la segunda, la mala colocacion de la sonda fué un descuido grave en el caso presente; si se admite la tercera, hubo tambien descuido, porque se olvidó la regla operatoria que prescribe que al hacer una ligadura, la incision tenga la misma extension en la superficie que en el fondo, y aquí la superficial era de seis y la profunda de dos y medio centímetros; si la profunda hubiera sido de seis, los hilos hubieran quedado colocados á mayor distancia y la retraccion del vaso no seria incriminada; si por último, se admite la cuarta explicacion, hubo un gran descuido en no cerciorarse de la buena colocacion de los hilos.

Tan cierto es que todo descuido acarrea pésimos resultados, que los materiales de la curacion mal preparados pueden ser causa de un éxito fatal.

Se iba á hacer una amputacion de pierna por el procedimiento de Teale y se queria aplicar el método de Lister; se le recomendó al practicante formulara las soluciones de ácido fénico necesarias para esta curacion. Fuera ignorancia ó descuido, al formular la *fuerte* que tiene 5 p % del ácido mencionado, puso 95 de ácido y 5 de alcohol. Así se despachó en la botica, y al dia siguiente, ántes de comenzar los cor-

tes se lavó el campo operatorio con dicha solucion; despues de cortos momentos se notó que las manos del que lavaba y la pierna lavada se emblanquecian. Sintió el operador ardores y se lavó las manos para emprender la operacion. Hízose ésta; pero á los pocos dias, caian las escaras del colgajo anterior gangrenado, y el hueso quedó descubierto. El enfermo murió á consecuencia de este accidente

Es recomendacion sensata, la de que siempre que uno vaya á operar se acompañe de personas de experiencia y de saber, que en un momento de apuro puedan dar un consejo útil y áun salvar la dificultad; pero de nada sirve haber cumplido con tal recomendacion, si cuando se nos dá el consejo lo desoimos, y no nos dejamos guiar, sino por nuestro capricho.

Cuando por atender al consejo no se sigue ningun inconveniente, y si los hay graves, por no seguirlo, si no lo atendemos somos culpables y nuestra conducta digna de censura.

Referiré brevemente dos hechos que nos hacen ver esto de una manera palpable.

Se practicaba una ovariotomía, y despues de haber hecho la incision del vientre, de haber desprendido ligeras adherencias de la parte posterior y cuando ya se formaba el pedículo, uno de los cirujanos asistentes hizo notar que parte de la vejiga estaba comprendida en él. El aviso era grave, era de esos que es imperdonable el desoir; é interesaba un órgano tan importante, que bien valia la pena de ver si era cierto lo que se anunciaba; pero en vez de seguir esa conducta que aconsejaba la prudencia, el operador se contentó con negarlo. y cortó cuanto estaba por encima

del pedículo formado. La persona encargada de recoger la pieza anunció que llevaba un colgajo que parecia de vejiga; entónces se introdujo una sonda por la uretra y se convencieron de que era cierto, por desgracia, lo que se habia anunciado.

Este suceso no seria causa de la muerte, pero evidentemente complicó una situacion ya peligrosa de por sí.

El otro caso era de desarticulacion coxofemoral indicada por un tumor mieloplaxo que habia invadido toda la mitad superior del fémur. El plan era ir conteniendo la hemorrágia á medida que se fueran dividiendo los vasos; pero despues de los primeros cortes, se comprendió que la tarea era muy difícil pues los vasos eran numerosos y muy desarrollados, y se perdia sangre en abundancia; entónces uno de los cirujanos asistentes propuso comprimir la aorta al nivel de su division por medio del compresor de Petit; pero se desechó lo propuesto y continuó la operacion. Trataba uno de los cirujanos encargados de la hemostasis, de coger el cabo de una vena dividida que daba sangre en abundancia, y que se encontraba sobre la envoltura fibrosa del tumor, y sea falta de habilidad, sea fuerza, rompió la envoltura y penetró con la pinza á la masa del tumor; nueva tentativa para coger el cabo y nueva perforacion, y así se hizo tres veces, hasta que al fin se tomó la vena; pero de la masa del tumor, puesta á descubierto, se escapaba sangre en cortina y en abundancia mayor que la de la vena: siguió la operacion, y el cirujano levantó con su dedo el músculo costurero, y creyendo que estaba sólo el músculo, cortó éste de abajo á arriba, sirviéndose del dedo como

de una sonda acanalada; pero no habia terminado el corte, cuando se escapó una oleada de sangre, tres veces latió la arteria femoral dividida y lanzó tres chorros que agregados á la sangre perdida, dejaron al enfermo muy pobre de este líquido.

Entónces sí se puso el compresor de Petit sobre la aorta y se terminó rápidamente la operacion, cuando se quitó este compresor despues de haber ligado las arterias que se veian y cuando se esperaba tener mucha sangre en el colgajo posterior, se vió que no escurria ni una gota. La sutura la sufrió el enfermo en su entero conocimiento, y no reveló el menor dolor, estaba indiferente. Media hora despues de terminada la operacion le vino un síncope, palideció, el pulso dejó de latir, hubo todavía unas cuantas respiraciones y el paciente murió en seguida. Creyeron muchos que habia muerto de anemia cerebral, y del schok, segun el operador. Despues de esta relacion, yo creo que á nadie le ocurrirá lo segundo.

La calma, la sangre fria son cualidades que debe poseer el operador; el que la pierda, el que padezca, siempre que opera, el delirio de los operadores, debe renunciar á esta tarea y dejarla á personas más dueñas de sí mismas.

El caso siguiente pertenece á un cirujano que posee esta cualidad, y sin embargo la perdió un momento, por lo cual fué causa de un desastre.

X.... era un individuo ya enflaquecido cuando se presentó en el hospital; revelaba en su rostro el sufrimiento, y se quejaba de fuertes dolores en el hombro izquierdo; en la region supra-clavicular presentaba un tumor de color vinoso y con varias abo-

lladuras, que tenian segun él tres meses de haber aparecido; este tumor era fluctuante en varios puntos, no tenia movimiento de expansion, ni comunicado por los vasos y á la auscultacion no se le oía soplo ni ruido alguno. Referia el enfermo que ya habia sido puncionado por otro cirujano, y que éste habia extraido un líquido de color vinoso y espeso. Antes de proceder á la operacion y en el mismo dia de su entrada al hospital, quiso el cirujano que tenia á su cargo á este enfermo hacer tambien una puncion exploradora y procedió á ello usando del aspirador Potain; obtuvo un líquido que tenia el carácter que el enfermo habia descrito, y además se asentaban granitos de color blanco. Despues de haber extraido como unos cuarenta gramos de este producto se suspendió la extraccion, dando por motivo que si se sacaba más se abatirian las paredes del quiste y su diseccion se haria muy difícil, fijando el diagnóstico, seguro de un quiste, y probable de otra produccion que seria un sarcoma y diagnosticando con probabilidad un cisto-sarcoma, é indicando al mismo tiempo lo difícil que era decidir el sitio en que estaba implantado dicho tumor. Se procedió en el acto á su extirpacion. La primera parte de la operacion fué intachable y el tumor se iba aislando perfectamente; creyó el cirujano que ya estaba cerca de la insercion y que podria llegar á aislar la porcion que faltaba, ejerciendo algunas tracciones, y empezó á tirar con los dedos sin lograr el objeto, ántes produciendo una desgarradura en la cápsula de envoltura del tumor, de la que salió una sustancia semejante al cerebro. Esto sólo debiera haberle advertido que nada conseguiria con las tracciones, sino hacer imposible una

diseccion que habia comenzado con tan buenos auspicios; pero faltándole la calma ó la reflexion, pidió unas pinzas de Musseux y continuó las tracciones y continuaron las rupturas de la membrana de envoltura hasta que casi quedó destruida la porcion descubierta, y en presencia del cirujano quedó una cantidad de sustancia semejante á la cerebral, que no retenida ya por la membrana fibrosa, invadia el campo operatorio. Entónces comenzó á extraer porciones; pero la hemorrágia que daba aquella masa era seria y no conociendo la profundidad del tumor prefirió contenerla con el fuego, aplicando para este objeto el termo-cauterio de Paquelin y atajando de esta manera la hemorrágia. Tras de esto se hizo una curacion al enfermo y fué conducido á su lecho donde sucumbió cinco dias despues, presa de accidentes septicémicos.

La autopsía no pudo hacerse porque el cadáver estaba en un estado completo de descomposicion, y el cirujano, prudente en ésto, ni quiso exponerse, ni exponer á los demás á contraer una enfermedad.

Esta observacion nos hace ver, cuán necesaria es la calma y cuanto debemos evitar ese estado de excitacion que se llama delirio de los operadores. ¿Quién dirá que no se habria podido extirpar ese tumor, si el cirujano en vez de destruir su envoltura la hubiera conservado cuidadosamente para que le sirviese de guía en el resto de la operacion? ¿Y quién puede asegurar que esa septicémia no fué debida á aquella cantidad de sustancia que puesta á descubierto entró en putrefaccion, absorviéndose luego sus materiales por los abundantes vasos del tumor? Así,

pues, operacion feliz y quizás vida del enfermo, hubieran sido las dos grandes ventajas que se habrian obtenido con la calma y maduro juicio en el curso de la operacion.

El olvido de ciertas disposiciones anatómicas, la falta de reflexion sobre el cambio que sufren estas disposiciones, con los cambios de situacion que el operador imprime al órgano, y el error que se comete sobre la situacion de los órganos segun las condiciones individuales, son causas de los hechos desgraciados que venimos observando.

Se vá á practicar la traqueotomía en un niño de cuello corto, se hace el corte, y se llega hasta lo que se juzgó cartílago cricoideo, se introdujo allí el gancho de Chassaignac, y se cortó creyendo el cirujano que dividia la traquea; pero al querer introducir la cánula no pudo; introdujo entónces su dedo en la faringe, y encontró allí el gancho, dándole ésto la idea de que habia atravezado el cartilago cricoideo. El niño muere de asfixia. A la autopsía hubo que reconocer que el gancho se habia introducido entre el hueso hioideo y el cartilago tiroídeo y que lo dividido era la epiglotis.

Marion Simps en su interesante obra sobre la cirujía uterina refiere un caso que tiene que ser de este género. Teniendo que amputar el cuello del útero porque habia en él un cáncer, recurre para hacerlo al machacador de Chassaignac. Coloca la cadena arriba del tumor y pone en juego el instrumento. Al terminar la operacion, oye un silbido isócrono de la respiracion y, producido por el aire al entrar y salir de la vagina, examina entónces el campo operatorio

y se encuentra abierta la cavidad peritoneal. Atribuye Simps el hecho al deslizamiento de la cadena del machacador.

¿Es posible que se hubiera deslizado hácia arriba? ¿Porqué no mejor hácia abajo dónde estaba la parte más pesada del instrumento? Aun dado el supuesto del deslizamiento, no se comprende cómo se pudo abrir la cavidad peritoneal. Para la explicacion de este hecho hay que suponer que la relacion que se hace de él no es completa; tal vez para colocar la cadena se hizo traccion del tumor por medio de alguna pinza, se invirtieron los fondos de saco, con ellos los repliegues peritoneales forraron el cuello y fueron tomados por la cadena.

Si evitamos pues los errores en el diagnóstico, si no operamos, sino cuando esté indicada y perfectamente justificada la operacion, si somos circunspectos al pronosticar, si tenemos en cuenta los riesgos del cloroformo y sus contraindicaciones, si no nos lanzamos á las grandes operaciones para las que nos falte habilidad, si consagramos toda entera nuestra atencion para evitar los descuidos en el manual, si no desoímos los sanos consejos que se nos dén, si sabemos conservar la calma y sangre fria y si no echamos en olvido las disposiciones anatómicas, habrémos evitado el mayor número de las desgracias quirúrgicas.
